



## R\_RX\_8-001-11 QUESTIONARIO MEZZO DI CONTRASTO TC (MEDICO PROPONENTE)

COGNOME e NOME del PAZIENTE \_\_\_\_\_  
 DATA e LUOGO di NASCITA \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA \_\_\_\_\_

Il "questionario mezzo di contrasto" ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi e deve essere attentamente compilato e firmato in calce dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal Medico che richiede l'esame, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame TC. La controfirma del paziente o del tutore legale (in caso di minore) a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce, fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

- storia clinica di reazioni avverse moderate o severe a mezzi di contrasto iodati:  SI  NO
- storie di allergie a farmaci o altro, asma, mastocitosi, orticaria, angioedema, anafilassi idiopatica:  SI  NO  
(in questi casi assicurarsi che il paziente si sottoponga alla preparazione antiallergica)
- il paziente è affetto da insufficienza renale grave (eGFR<30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) o è in dialisi?  SI  NO
- Il paziente ha una funzionalità renale ridotta (eGFR tra 30 e 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)  SI  NO
- Storia di patologia renale/precedente intervento chirurgico renale  SI  NO
- ipertiroidismo  SI  NO
- scompenso cardiaco  SI  NO
- Diabete mellito  SI  NO
- storia di proteinuria  SI  NO
- ipertensione  SI  NO
- gotta  SI  NO
- Filtrato glomerulare/creatinina sierica più recente:  
 valore \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_
- il paziente è attualmente in trattamento con:
- Metformina  SI  NO
- Interleuchina 2  SI  NO
- FANS  SI  NO
- Aminoglicosidi  SI  NO
- Beta bloccanti  SI  NO

FIRMA DEL MEDICO PROPONENTE (Firma e Timbro) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PAZIENTE PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_

=====

*se il paziente non è in grado di firmare autonomamente o abbia precedentemente delegato altro soggetto*

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( )

Residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ N.° \_\_\_\_\_

**in qualità di:**  **Tutore / Curatore Speciale / Amministratore di sostegno del paziente** (siglare la voce interessata)  
 **Persona di fiducia / fiduciario nominato nelle DAT del paziente**

FIRMA \_\_\_\_\_

**Continua sul RETRO**



**Rispetto al minore suddetto, in qualità di:**

Padre       Madre       Tutore/Curatore Speciale/Amministratore di sostegno

Esercente/i LA RESPONSABILITA' GENITORIALE (\*):       CONGIUNTA       ESCLUSIVA      (\* barrare la voce interessata)

FIRMA \_\_\_\_\_

[barrare se il mediatore non è stato interpellato]

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di mediatore culturale aziendale, attesto di aver tradotto fedelmente sia il contenuto delle informazioni generali che tutto ciò che il medico ha comunicato in data odierna al/alla paziente.

In fede \_\_\_\_\_ (firma mediatore culturale)

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME TC**

preso atto delle risposte fornite dal medico di base che ha in cura il paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

**AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE TC**

Firma del Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame TC

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Redatto: Medici Radiologi	Verificato e Approvato: Direttore SC Radiodiagnostica Prof. A. Carriero	Data emissione: Novara, 03/08/2020	Stato documento: Rev. 0 del 27/07/2020
R_RX_8-001-11 QUESTIONARIO MDC TC.docx			Pag. 2 di 2